



Solicitud para la Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos

Formulario Aprobado
OMB No. 0938-1191



Solicite más rápido por Internet

Solicite más rápidamente en línea en CuidadoDeSalud.gov.



Use esta solicitud para saber las opciones de cobertura para las que califica

- Planes de seguros médicos privados disponibles que ofrecen una cobertura completa que le ayudarán a mantenerse sano.
- Un nuevo crédito de impuestos que puede ayudar inmediatamente al pago de sus primas para la cobertura médica.
- Cobertura gratis o a un bajo costo de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).
- **Es posible que califique para un programa gratis o a un bajo costo aún si gana tanto como \$95,400 al año (para una familia de 4).**



¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para cualquier miembro de su familia.
- **Envíe la solicitud aún si su hijo ya tiene cobertura médica. Podría ser elegible para la cobertura gratis o de bajo costo.**
- Si es soltero, puede usar un formulario corto. Visite CuidadoDeSalud.gov.
- Las familias que incluyen inmigrantes pueden hacer su solicitud. Usted puede solicitarla para su hijo aún si usted no es elegible para la cobertura. El llenar la solicitud no afectará su estatus de inmigración o la posibilidad de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le ayuda a llenar esta solicitud, tendrá que completar el Apéndice C.



Lo que puede necesitar para llenar la solicitud

- Número de Seguro Social (o números de los documentos para los inmigrantes legales que necesitan el seguro).
- Información del empleador y de ingresos para cada persona en su familia (por ejemplo, talón de pagos, formularios W-2, o declaraciones de salarios y de impuestos).
- Números de pólizas de todos los seguros médicos actuales.
- Información sobre cualquier seguro médico por su trabajo disponible para su familia.



¿Por qué le pedimos esta información?

Le pedimos información sobre su ingreso y lo demás para hacerle saber para cuál cobertura califica y si puede obtener alguna ayuda para su pago. **Mantendremos toda la información recibida en forma privada y segura como lo requiere la ley.** Para ver la declaración de la Ley de Confidencialidad, visite CuidadoDeSalud.gov o vea las instrucciones.



¿Qué sigue después?

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección que aparece en la página 7.

Si no tiene toda la información que le pedimos, firme y envíe su solicitud de todas maneras. Le daremos seguimiento en 1-2 semanas, y **tal vez reciba una llamada del Mercado de seguros si se necesita más información.** Se le enviará una carta de determinación de su elegibilidad una vez que se haya procesado su solicitud. Si no la recibe, llame al Mercado de seguros. Enviar la solicitud no significa que ha comprado un seguro médico.



Consiga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** CuidadoDeSalud.gov
- **Por teléfono:** Llame a nuestro Centro de Ayuda al **1-800-318-2596**. TTY **1-855-889-4325**.
- **En persona:** Pueden haber asesores en su zona para ayudarle. Visite nuestra página web CuidadoDeSalud.gov o llame al **1-800-318-2596** para información adicional.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-800-318-2596**.
- **En otro idioma:** Llame al **1-800-318-2596** y dígame al representante qué idioma necesita.



Use tinta azul o negra.

Llene los círculos (○) de este modo → ●.

PASO 1: Díganos sobre usted.

(Necesitamos un adulto de la familia que será la persona a contactar para su solicitud.)

1. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido		Sufijo	
2. Dirección de casa (Deje el espacio en blanco si no tiene una.)						3. Número de apartamento o suite	
4. Ciudad			5. Estado	6. Código Postal		7. Condado, parroquia, municipio	
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección de casa)						9. Número de apartamento o suite	
10. Ciudad			11. Estado	12. Código Postal		13. Condado, parroquia, municipio	
14. Número de teléfono				15. Otro número de teléfono			
() -				() -			
16. ¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico?..... ○ Sí ○ No							
Dirección de correo electrónico:							
17. Idioma preferido hablado o escrito (si no es inglés)							

PASO 2: Díganos sobre su familia.

¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Complete el Paso 2 para cada persona de su familia inclusive si algún integrante ya tiene cobertura médica. La información que nos provea nos ayudará a ofrecerle a cada integrante la cobertura que le convenga más. La cantidad de la ayuda o el tipo de programa para el que es elegible se basa en el número de integrantes en su familia y en los ingresos familiares. Si usted no incluye algún integrante inclusive si dicha persona ya tiene cobertura, los resultados de su elegibilidad podrían verse afectados.

Para los adultos que necesitan la cobertura:

Incluya a todas las personas **inclusive si no están solicitando la cobertura**:

- El cónyuge
- Hijos menores de 21 años que viven con usted, incluya los hijastros/as
- Cualquier otra persona que conste en su declaración federal de impuestos (incluya a los niños menores de 21 años que se mencionen como dependientes en la declaración de impuestos de los padres). Usted no tiene que presentar una declaración de impuestos para obtener la cobertura médica.

Para los menores de 21 años que necesitan la cobertura:

Incluya a todas las personas **inclusive si no están solicitando la cobertura**:

- Padres o (padrastrros/madrastas) que viven con ellos
- Hermanos que viven con ellos
- Hijo/a que vive con ellos, incluya hijastros/ras.
- Cualquier otra persona que conste en su declaración federal de impuestos. Usted no tiene que presentar una declaración de impuestos para obtener la cobertura médica.

Complete el Paso 2 para usted, y agregue otros adultos y niños.

Si hay más de dos personas en su familia, tendrá que hacer copias de las páginas y adjuntarlas.

No necesita mencionar la situación migratoria ni proveer el número de Seguro Social (SSN) de los miembros que no solicitan la cobertura. Toda la información será segura y confidencial como lo requiere la ley. Utilizaremos su información personal solamente para determinar si es elegible para la cobertura médica.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite CuidadoDeSalud.gov o llámenos al 1-800-318-2596. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-800-318-2596. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-800-318-2596, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-855-889-4325.



PASO 2: PERSONA 1 (Continuación—sobre usted.)

Información sobre su empleo e ingreso

Empleado: Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 21.

Sin empleo: Vaya a la pregunta 31.

Por cuenta propia: Vaya a la pregunta 30.

Trabajo 1:

21. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad

c. Estado

d. Código postal

22. Número de teléfono del empleador

23. Salarios/propinas (antes de impuestos)

Por hora Semanalmente Cada 2 semanas

24. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

\$

Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

Trabajo 2: (Si usted tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

25. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad

c. Estado

d. Código postal

26. Número de teléfono del empleador

27. Salarios/propinas (antes de impuestos)

Por hora Semanalmente Cada 2 semanas

28. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

\$

Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

29. **En el último año, usted:** Cambió de trabajo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguno de estos

30. **Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo:

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes? (Vea las instrucciones.)

\$

31. **Otros ingresos de este mes:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si no los recibe, marque aquí. **NOTA: No** necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

Desempleo

Pensión alimenticia recibida

\$ ¿Con qué frecuencia?

\$ ¿Con qué frecuencia?

Pensión

Neto por actividades agrícolas/pesca

\$ ¿Con qué frecuencia?

\$ ¿Con qué frecuencia?

Seguro Social

Neto por rentas/regalías

\$ ¿Con qué frecuencia?

\$ ¿Con qué frecuencia?

Cuentas de retiro

Otros ingresos, Tipo: _____

\$ ¿Con qué frecuencia?

\$ ¿Con qué frecuencia?

32. **Deducciones:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si usted paga por ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, al darnos esta información el costo de la cobertura médica pudiera ser un poco menor. **NOTA: No** debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 30b).

Pensión alimenticia pagada

Otras deducciones, Tipo: _____

\$ ¿Con qué frecuencia?

\$ ¿Con qué frecuencia?

Intereses por préstamo estudiantil

\$ ¿Con qué frecuencia?

33. **Completar solamente si su ingreso cambia durante el año.** Si solo trabaja en este empleo parte del año o recibe los beneficios por ciertos meses y no espera cambios en su ingreso mensual, pase a la otra persona. ➔

Su ingreso total **este año**

Su ingreso total **el próximo año** (si considera que será diferente)

\$

\$

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre usted.

? ¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite CuidadoDeSalud.gov o llámenos al 1-800-318-2596. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-800-318-2596. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-800-318-2596, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-855-889-4325.



PASO 2: PERSONA 2

Aviso: Si esta persona no necesita la cobertura, responda a las preguntas 1-10. Haga una copia de las páginas 4-5 si hay más de dos integrantes en su familia.

Complete esta página para su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aún debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted. Vea la página 1 para información adicional sobre las personas que debe incluir.

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
------------------	----------------	----------	--------

2. ¿Cuál es la relación con usted? <i>Vea las instrucciones.</i>	3. ¿Está casado/a? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) []/[]/[]	5. Sexo <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer
--	---	--	---

6. Número de Seguro Social (SSN) []-[]-[] **Lo necesitamos si la Persona 2 desea una cobertura médica y tiene un SSN.**

7. ¿Vive esta persona en la misma dirección que usted?..... Sí No
"No", escriba la dirección:

8. ¿Piensa la PERSONA 2 presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO? (Usted puede solicitar la cobertura médica aún si la Persona 2 no presenta una declaración del impuesto federal.)..... SÍ. Por favor responda a las preguntas a-c. NO. Vaya a la pregunta c.

a. ¿Presentará la PERSONA 2 una declaración conjuntamente con su cónyuge? Sí No
Si. Nombre del cónyuge:

b. ¿Reclamará la PERSONA 2 a algún dependiente en su declaración de impuestos?..... Sí No
Si. Escriba los nombres de los dependientes:

c. ¿Será reclamado la PERSONA 2 como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No
Si. Indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: ¿Cuál es su relación con la persona que presenta la declaración de impuestos?

9. ¿Está la PERSONA 2 embarazada?..... Sí No a. Si. ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo? []

10. ¿Necesita cobertura médica? (Aún si la Persona 2 tiene seguro, debe haber un programa con una mejor cobertura o menor costo.)
 SÍ. Conteste todas las preguntas de abajo. NO. VAYA a las preguntas sobre el ingreso en la página 5. Deje el resto de esta página en blanco.

11. ¿Tiene algún problema de salud físico, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (al bañarse, vestirse, hacer sus tareas diarias, etc.) o vive en alguna institución médica o asilo de ancianos? Sí No

12. ¿Es esta persona ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.?..... Sí No

13. ¿Está naturalizado o es un ciudadano derivado? (Generalmente significa que ha nacido en el extranjero.) ... SÍ. Llene a y b. NO. Siga a la pregunta 14.

a. Número de extranjero	b. Número de ID del documento	Después de responder a y b, PASE a la pregunta 15.
-------------------------	-------------------------------	--

14. Si esta persona no es ciudadano o nacional de los EE.UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible? SÍ. Escriba el # de documento y tipo. *Vea las instrucciones.*

Tipo de documento de Inmigración	Tipo de estatus (opcional)	Escriba su nombre como aparece en su documento de inmigración.
----------------------------------	----------------------------	--

# de extranjero o I-94	Número de tarjeta o de pasaporte
------------------------	----------------------------------

ID SEVIS o fecha de expiración (opcional)	Otro (código de categoría o país de emisión)
---	--

a. ¿Ha vivido esta persona en los EE.UU. desde 1996? Sí No
b. ¿Es esta persona o su cónyuge o padre un veterano o miembro en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No

15. Desea esta persona ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

16. ¿Vive esta persona por lo menos con un hijo menor de 19 años y es usted la persona principal que se hace cargo del mismo? (Marque "sí" en caso de que usted o su cónyuge se hagan cargo del niño.) Sí No

17. Díganos el nombre y relación que tenga la Persona 2 con cualquier menor de 19 años que viva en su casa: (pueden ser los mismos niños mencionados en la página 2).

18. ¿Estuvo bajo tutela temporal a los 18 años o más? Sí No

Responda estas preguntas si la Persona 2 tiene menos de 22 años:

19. ¿Tenía esta persona un seguro médico por su trabajo y lo ha perdido en los 3 últimos meses? Sí No
a. "Sí". Fecha de terminación: []/[]/[] b. Motivo:

20. ¿Es esta persona un estudiante de tiempo completo? Sí No

Opcional: 21. Si es Hispano/Latino: Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____
(Marque todo lo que corresponda.) 22. Raza: Blanco Negro Afroamericano Indio Americano o Nativo de Alaska Filipino Japonés Coreano Indio Asiático Chino Vietnamita Otros Asiáticos Nativos de Hawái Chamorro Samoano Otros Isleños del Pacífico Otro _____

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite CuidadoDeSalud.gov o llámenos al 1-800-318-2596. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-800-318-2596. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-800-318-2596, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-855-889-4325.



PASO 2: PERSONA 2

Díganos sobre los ingresos de esta persona. Complete esta página aun si la persona no necesita cobertura

Información sobre su empleo e ingreso

Empleado: Si la PERSONA 2 actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 23.

Sin empleo: Vaya a la pregunta 33.

Por cuenta propia: Vaya a la pregunta 32.

Trabajo 1:

23. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad

c. Estado

d. Código postal

24. Número de teléfono del empleador

25. Salarios/propinas (antes de impuestos)

- Por hora Semanalmente Cada 2 semanas
 Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

26. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

\$

Trabajo 2: (Si usted tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

27. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad

c. Estado

d. Código postal

28. Número de teléfono del empleador

29. Salarios/propinas (antes de impuestos)

- Por hora Semanalmente Cada 2 semanas
 Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

30. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

\$

31. **En el último año, usted:** Cambió de trabajo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguno de estos

32. **Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo:

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes? (Vea las instrucciones.)

\$

33. **Otros ingresos de este mes:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la PERSONA 2 la recibe. Si no los recibe, marque aquí. **NOTA: No** necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

Desempleo

\$ ¿Con qué frecuencia?

Pensión alimenticia recibida

\$ ¿Con qué frecuencia?

Pensión

\$ ¿Con qué frecuencia?

Neto por actividades agrícolas/pesca

\$ ¿Con qué frecuencia?

Seguro Social

\$ ¿Con qué frecuencia?

Neto por rentas/regalías

\$ ¿Con qué frecuencia?

Cuentas de retiro

\$ ¿Con qué frecuencia?

Otros ingresos, Tipo: _____

\$ ¿Con qué frecuencia?

34. **Deducciones:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la PERSONA 2 la recibe. Si usted paga por ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, al darnos esta información el costo de la cobertura médica pudiera ser un poco menor. **NOTA: No** debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 32b).

Pensión alimenticia pagada

\$ ¿Con qué frecuencia?

Otras deducciones, Tipo: _____

\$ ¿Con qué frecuencia?

Intereses por préstamo estudiantil

\$ ¿Con qué frecuencia?

35. **Completar solamente si el ingreso de la PERSONA 2 cambia durante el año.** Si solo trabaja en este empleo parte del año o recibe los beneficios por ciertos meses y no espera cambios en el ingreso mensual de la PERSONA 2, pase a la otra persona. ➔

Su ingreso total **este año**

\$

Su ingreso total **el próximo año** (si considera que será diferente)

\$

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la Persona 2.

? ¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite CuidadoDeSalud.gov o llámenos al 1-800-318-2596. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-800-318-2596. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-800-318-2596, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-855-889-4325.



PASO 3: Miembro(s) Indio Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN) de una familia

1. ¿Es usted o algún miembro de su familia Indio Americano o Nativo de Alaska?

- NO. Vaya al Paso 4.
- SÍ. Vaya al Paso 4, complete el Apéndice B y envíelo con su solicitud.

PASO 4: Su Cobertura Médica Familiar

1. ¿Le han ofrecido a alguna de las personas incluidas en la solicitud un seguro médico a través de un empleo?

Marque "sí" aun si la cobertura proviene del trabajo de otra persona, como padre o cónyuge inclusive si ellos no aceptan la cobertura.

- SÍ. Continúe y llene el Apéndice A. ¿Es un plan de beneficios para empleados estatales? Sí No
- NO.

2. ¿Tiene cobertura médica alguno de ellos?

- SÍ. Pase a la pregunta 3.
- NO. Vaya al Paso 5

3. Información sobre su cobertura médica actual. (Haga una copia de esta página si más de una persona tiene cobertura.)

Escriba el tipo de cobertura, como la del empleador, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, VA, Cuerpos de Paz u otra.

(No provea información sobre TRICARE si tiene Direct Care o Line of Duty.)

PERSONA 1:	Nombre de la persona inscrita en el plan		
	Tipo de cobertura:		
	<input type="radio"/> Empleador <input type="radio"/> COBRA <input type="radio"/> Medicaid <input type="radio"/> CHIP <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> TRICARE <input type="radio"/> Programa de atención médica del VA <input type="radio"/> Cuerpos de Paz <input type="radio"/> Otra		
	Si se la ofrece un empleador: (Complete el Apéndice A.)		
	Nombre de la compañía del seguro médico	Número de identificación de la póliza	
Si es otro tipo de cobertura:			
Nombre de la compañía del seguro médico	Número de identificación de la póliza		
¿Es un plan con beneficios limitados, como una póliza de accidentes escolares?			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

PERSONA 2:	Nombre de la persona inscrita en el plan		
	Tipo de cobertura:		
	<input type="radio"/> Empleador <input type="radio"/> COBRA <input type="radio"/> Medicaid <input type="radio"/> CHIP <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> TRICARE <input type="radio"/> Programa de atención médica del VA <input type="radio"/> Cuerpos de Paz <input type="radio"/> Otra		
	Si se la ofrece un empleador: (Complete el Apéndice A.)		
	Nombre de la compañía del seguro médico	Número de identificación de la póliza	
Si es otro tipo de cobertura:			
Nombre de la compañía del seguro médico	Número de identificación de la póliza		
¿Es un plan con beneficios limitados, como una póliza de accidentes escolares?.....			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No



PASO 5: Lea y firme esta solicitud

1. ¿Está de acuerdo en autorizar al Mercado de Seguros Médicos a usar la información sobre sus ingresos

y la de su declaración de impuestos por los 5 próximos años? Sí No

La información será utilizada por el Mercado de Seguros Médicos para determinar su elegibilidad para la ayuda con sus gastos médicos durante los próximos años. El Mercado de seguros le enviará una carta y le permitirá hacer cambios. El Mercado verificará si sigue siendo elegible y para hacerlo podría pedirle documentos probatorios de sus ingresos. Usted puede revocar la autorización en cualquier momento.

NO. Actualice mi información por los próximos:

- 4 años
- 2 años
- No utilice mi declaración de impuestos para renovar mi elegibilidad para la ayuda con los gastos médicos.
- 3 años
- 1 año
- (Si escoge esta opción tal vez afecte su elegibilidad para obtener la ayuda con los gastos médicos)

2. ¿Esta en prisión (detenido/encarcelado) alguna de las personas incluidas en la solicitud? Sí No

Sí. Díganos el nombre:

Llene el círculo si se ha emitido una sentencia.

¿Es alguna de las personas de la solicitud elegible para Medicaid?

- Le doy a la agencia de Medicaid nuestros derechos para proseguir y obtener dinero de otro seguro médico, resolución jurídica o terceros. También le estoy dando a la agencia de Medicaid los derechos para proseguir y obtener ayuda médica de un cónyuge o padre.
- ¿Algún niño en esta solicitud tiene un padre viviendo fuera de la casa? Sí No
- **Si.** Sé que me pedirán cooperar con la agencia que recauda los pagos de ayuda médica de un padre ausente. Si considero que el cooperar para recaudar los pagos de ayuda médica me causará daño a mí o a mi hijo, yo puedo decirle a Medicaid y es posible que no tenga que cooperar.
- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado todas las respuestas a mi mejor saber y entender. Sé que si intencionalmente proveo información falsa o errónea puedo ser penalizado tal como lo estipula la ley federal.
- Entiendo que debo comunicarle al Mercado de seguros en un plazo de 30 días sobre cualquier cambio en mi situación que no figure en esta solicitud. Para comunicar un cambio puedo visitar CuidadoDeSalud.gov o llamar al **1-800-318-2596**. Comprendo que el cambio podría afectar mi elegibilidad para la ayuda económica y la de los otros miembros de mi familia.
- Sé que de acuerdo con la ley federal, no se permite la discriminación por la raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad; y que si me siento discriminado puedo presentar una queja en www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Entiendo que la información de esta solicitud será utilizada solamente para determinar mi elegibilidad para la cobertura médica, para ayuda con mis gastos médicos (si la solicito) y para propósitos legales del Mercado de seguros y de los programas de ayuda.

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para ayuda en el pago de la cobertura médica si usted elige solicitarla. Verificaremos sus respuestas usando la información en nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Servicio de Rentas Internas (IRS), Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/o una agencia de informes de solvencia. Si la información no coincide, es probable que le pidamos nos envíe evidencia.

¿Qué puedo hacer si me dicen que no soy elegible y creo que están equivocados?

En la mayoría de los casos puede apelar la decisión. Busque en el aviso de elegibilidad las instrucciones para apelar para cada persona de su hogar y los plazos para hacerlo. Tenga en cuenta que:

- Si lo desea puede pedirle a alguien que apele o participe en su apelación. Dicha persona puede ser un amigo, familiar, abogado u otro. O puede apelar por usted mismo.
- Si usted presenta el recurso de apelación podría mantener su elegibilidad hasta que se decida sobre su apelación.
- El resultado de su apelación podría afectar la elegibilidad de los otros miembros del hogar.

Para apelar, ingrese a su cuenta del Mercado de seguros en CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals/ o llame al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-889-4325**. También puede enviar el formulario de apelación o una carta al **Mercado de Seguros Médicos**, Departamento de Salud y Servicios Humanos, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Usted puede apelar una decisión sobre elegibilidad, período de inscripción, crédito fiscal, reducciones a los costos compartidos, Medicaid y CHIP a través del Mercado de seguros. Si es elegible para una reducción de los costos compartidos o para el crédito fiscal, puede apelar el monto. Según el estado en el que reside, tal vez pueda hacerlo a través de Mercado de seguros o de la agencia estatal encargada de Medicaid y CHIP.

Firma de la PERSONA 1. La persona que llenó el Paso 1 deberá firmar esta solicitud. Si es un representante autorizado podrá firmar aquí, siempre y cuando la PERSONA 1 haya firmado el Apéndice C.

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si está firmando la solicitud fuera del período de inscripción abierta (del 15 de noviembre al 15 de febrero), revise el Apéndice D ("Preguntas sobre los cambios en su vida").

PASO 6: Envíe por correo su solicitud completada



Envíe por correo su solicitud firmada a:

Mercado de Seguros Médicos
Departamento de Salud y Servicios Humanos
465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001



Si desea registrarse para votar, puede completar un formulario de registro del votante en www.eac.gov.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite CuidadoDeSalud.gov o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

Apéndice A



Formulario Aprobado
OMB No. 0938-1191

Cobertura médica de un Empleo

Usted **NO** necesita contestar estas preguntas a menos que alguna persona de la casa sea elegible para la cobertura médica de un trabajo, aun si no la acepta. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrece cobertura.

Díganos sobre el trabajo que ofrece la cobertura.

Haga una copia de esta página y entréguesela al empleador que ofrece la cobertura para que le ayude con las preguntas.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

1. Nombre del empleado (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado
	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

3. Nombre del empleador	4. Número de Identificación Patronal (EIN)	
	<input type="text"/> - <input type="text"/>	
5. Dirección del empleador	6. Número de teléfono del empleador	
	(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código Postal
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura médica del empleado en este trabajo?		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	12. Dirección de correo electrónico	
(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>		

13. ¿Actualmente es elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o será elegible en los próximos 3 meses?

Sí (Continuar) NO (Pare aquí y vaya al Paso 5 de la solicitud.)

a. Si usted está en un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede registrarse en la cobertura? (mm/dd/aaaa)

/ /

Indique los nombres de otras personas que son elegibles para la cobertura médica de este trabajo.

Nombre	Nombre	Nombre

Díganos sobre el plan médico de bajo costo que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece este empleador un plan médico que cumpla con el estándar mínimo de valor*? Sí No

15. Para el plan de menor costo que cumple el estándar mínimo de valor* ofrecido **solamente al empleado** (no incluye planes familiares): Si el empleador ofrece programas de bienestar, provea la prima que el empleado pagaría si recibiera el máximo descuento de cualquiera de los programas para dejar de fumar y no recibió ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de primas para este plan? \$ (Pase a la pregunta siguiente.)
b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestralmente Anualmente

16. ¿Qué cambio hará el patrón para el año nuevo del plan? (si se conoce)

No ofrecerá cobertura de salud.
 Comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible sólo para el empleado que cumpla con el estándar mínimo de valor.* (La prima deberá reflejar el descuento por los programas de bienestar. Vea la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de primas para este plan? \$
b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestralmente Anualmente
c. Fecha del cambio: (mm/dd/aaaa) / /

*Un plan de salud patrocinado por el patrón cumple con el "estándar mínimo de valor" si la parte del total de los costos de beneficios asignados cubiertos por el plan no es menor del 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986). La mayoría de los planes médicos ofrecidos por empleadores cumplen con el estándar mínimo de valor.



Miembro de la Familia Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este apéndice si usted o un miembro de su familia es Indio Americano o Nativo de Alaska. Envíe con este documento su Solicitud para la Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos.

Díganos sobre el (los) (miembro(s) de la familia Indios Americanos o Nativos de Alaska.

Los Indios Americanos y Nativos de Alaska pueden obtener los beneficios de los Servicios de Salud para Indígenas, los programas de salud tribales o los programas de salud urbanos para Indios. Es posible que tampoco tengan que pagar parte del costo y puedan conseguir períodos especiales mensuales para su inscripción. Responda las preguntas siguientes para asegurarse que su familia reciba la mayor ayuda posible.

NOTA: Si tiene que incluir a más personas, haga una copia y adjúntela.

AI/AN PERSONA 1:	1. Nombre (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)	
	<input type="text"/>	
	2. ¿Miembro de una tribu federalmente reconocida? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	Sí. Nombre de la tribu:	Estado donde reside la tribu:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	3. ¿Alguna vez esta persona ha recibido un servicio del Servicio de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal, o un programa de salud urbano para Indios, o mediante una referencia de uno de estos programas?..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	No. Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Indios, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para Indios, o con una referencia de uno de estos programas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	4. Es posible que cierta cantidad de dinero recibida no cuente para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Indique todos los ingresos (cantidad y frecuencia) reportados en su solicitud que incluyan las cantidades de esas fuentes:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, rentas o regalías • Pagos de recursos naturales, agrícolas, ranchos, pesca, rentas o regalías de la tierra designada como fideicomiso de Indios por el Departamento del Interior (incluyendo reservas y anteriores reservas) • Dinero de la venta de cosas que tienen un valor cultural 	
	\$ <input type="text"/>	¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>

AI/AN PERSONA 2:	1. Nombre (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)	
	<input type="text"/>	
	2. ¿Miembro de una tribu federalmente reconocida? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	Sí. Nombre de la tribu:	Estado donde reside la tribu:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	3. ¿Alguna vez esta persona ha recibido un servicio del Servicio de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal, o un programa de salud urbano para Indios, o mediante una referencia de uno de estos programas?..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	No. Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Indios, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para Indios, o con una referencia de uno de estos programas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	4. Es posible que cierta cantidad de dinero recibida no cuente para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Indique todos los ingresos (cantidad y frecuencia) reportados en su solicitud que incluyan las cantidades de esas fuentes:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, rentas o regalías • Pagos de recursos naturales, agrícolas, ranchos, pesca, rentas o regalías de la tierra designada como fideicomiso de Indios por el Departamento del Interior (incluyendo reservas y anteriores reservas) • Dinero de la venta de cosas que tienen un valor cultural 	
	\$ <input type="text"/>	¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>



Asistencia para Completar esta Solicitud

Para consejeros certificados de solicitudes, navegadores, agentes y corredores solamente.

Complete esta sección si usted es un consejero certificado de solicitudes, navegador, agente o corredor que llena esta solicitud para alguien más.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
2. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo <input type="text"/>	
3. Nombre de la organización <input type="text"/>	
4. Número de identificación (ID) <input type="text"/>	5. Solamente para los agentes/corredores: Número NPN <input type="text"/>

Puede seleccionar un representante autorizado.

Usted puede autorizar a una persona de su confianza para hablar sobre la solicitud, ver la información que contiene y discutirla y firmarla en nombre suyo. A esta persona se le conoce como "representante autorizado". Si en algún momento cambia a su representante autorizado, debe comunicárselo al Mercado de seguros médicos. Si usted es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, presente evidencia con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido) <input type="text"/>		
2. Dirección <input type="text"/>		3. Número de apartamento o suite <input type="text"/>
4. Ciudad <input type="text"/>	5. Estado <input type="text"/>	6. Código Postal <input type="text"/>
7. Número de teléfono (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>		
8. Nombre de la organización <input type="text"/>		
9. Número de identificación (ID) <input type="text"/>		

Con su firma, usted autoriza a esta persona a obtener información sobre la solicitud, firmarla y a representarlo en todos los asuntos futuros relacionados con la solicitud..

10. Firma de la PERSONA 1 de esta solicitud <input type="text"/>	11. Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
---	--





Preguntas sobre cambios en su vida

(Usted debe llenar el resto de esta solicitud y esta página. No envíe este Apéndice solo.)

Si cualquier persona de esta solicitud ha pasado un cambio en su vida en los 60 últimos días, debe responder estas preguntas. Ciertos cambios harán que sea elegible para la cobertura del Mercado inmediatamente. También le aconsejamos que responda estas preguntas si está solicitando la cobertura después de que el período de inscripción abierta haya terminado (15 de febrero) y antes de que comience el próximo.

Las respuestas a estas preguntas son opcionales. Si su situación no ha cambiado, puede dejar las preguntas en blanco. Usted puede inscribirse para obtener los beneficios de Medicaid y del Seguro Médico para los Niños (CHIP) en cualquier momento del año, aun si sus circunstancias no han cambiado. Los miembros de las tribus federalmente reconocidas y los accionistas nativos de Alaska también pueden inscribirse para conseguir la cobertura a través del Mercado de seguros en cualquier momento del año.

Díganos sobre los cambios en su familia.

1. Algún miembro perdió su cobertura médica en los 60 últimos días o espera perderla en los próximos 60 días.

Nombres	Fecha en la que terminó o terminará la cobertura (mm/dd/aaaa)
<input type="checkbox"/> Marque si la cobertura ha terminado porque no pagó las primas.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

2. ¿Algún miembro se casó en los 60 últimos días?

Nombres	Fecha (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

3. ¿Nació alguien, fue adoptado o puesto en tutela temporal en los 60 últimos días?

Nombres	Fecha (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

4. ¿Ha obtenido algún miembro un estatus inmigratorio legal en los 60 últimos días?

Nombres	Fecha (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

5. ¿Se ha mudado algún miembro en los 60 últimos días?

Nombres	Fecha (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

6. ¿Ha sido algún miembro de la familia encarcelado, detenido o puesto en prisión en los 60 últimos días?

Nombres	Fecha (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>